

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

313

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles PENET

Né le 31 Juillet 1888, Saint-Vérand  
Externe des Hôpitaux de Paris

---

Sur le traitement sanglant  
des fractures du cubitus avec luxation  
de la tête du radius

---

*Président : M. CUNÉO, Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921



ANNÉE 1921

THÈSE

N°

313

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles PENET

Né le 31 Juillet 1888, Saint-Vérand  
Externe des Hôpitaux de Paris

---

Sur le traitement sanglant  
des fractures du cubitus avec luxation  
de la tête du radius



---

*Président : M. CUNÉO, Professeur*

---

PARIS  
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE  
LOUIS ARNETTE  
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—  
1921

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

## PROFESSEURS

|                                                               |             |                |     |
|---------------------------------------------------------------|-------------|----------------|-----|
|                                                               | PROFESSEURS |                | MM. |
| Anatomie                                                      | .....       | NICOLAS.       |     |
| Anatomie médico-chirurgicale                                  | .....       | CUNEO.         |     |
| Physiologie                                                   | .....       | Ch. RICHET.    |     |
| Physique médicale                                             | .....       | André BROCA.   |     |
| Chimie organique et Chimie générale                           | .....       | DESGREZ.       |     |
| Bactériologie                                                 | .....       | BEZANCON.      |     |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale                  | .....       | BRUMPT.        |     |
| Pathologie et Thérapeutique générales                         | .....       | Marcel LABBÉ.  |     |
| Pathologie médicale                                           | .....       | RENON.         |     |
| Pathologie chirurgicale                                       | .....       | LEGENE.        |     |
| Anatomie pathologique                                         | .....       | LETULIE.       |     |
| Histologie                                                    | .....       | PRENANT.       |     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale                           | .....       | DUVAL.         |     |
| Pharmacologie et matière médicale                             | .....       | POUCHET.       |     |
| Thérapeutique                                                 | .....       | CARNOT.        |     |
| Hygiène                                                       | .....       | BERNARD.       |     |
| Médecine légale                                               | .....       | BALTHAZARD.    |     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie                    | .....       | MENETRIER.     |     |
| Pathologie expérimentale et comparée                          | .....       | ROGER.         |     |
|                                                               |             | ACHARD.        |     |
| Clinique médicale                                             | .....       | WIDAL.         |     |
|                                                               |             | GILBERT.       |     |
| Hygiène et clinique de la première enfance                    | .....       | CHAUFFARD.     |     |
| Clinique des maladies des enfants                             | .....       | MARFAN.        |     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | .....       | NOBECOURT.     |     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques               | .....       | DUPRE.         |     |
| Clinique des maladies du système nerveux                      | .....       | JEANSELMIE.    |     |
| Clinique des maladies contagieuses                            | .....       | P. MARIE.      |     |
|                                                               |             | TEISSIER.      |     |
| Clinique chirurgicale                                         | .....       | DELBET.        |     |
|                                                               |             | GOSSET.        |     |
| Clinique ophtalmologique                                      | .....       | LEJARS.        |     |
| Clinique des maladies des voies urinaires                     | .....       | HARTMANN.      |     |
|                                                               |             | DE LAPERSONNE. |     |
| Clinique d'accouchements                                      | .....       | LEGUEU.        |     |
|                                                               |             | BAR.           |     |
| Clinique gynécologique                                        | .....       | COUVELAIRE.    |     |
| Clinique chirurgicale infantile                               | .....       | BRINDEAU.      |     |
| Clinique thérapeutique                                        | .....       | J. L. FAURE.   |     |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie                             | .....       | Aug. BROCA.    |     |
|                                                               |             | VAQUEZ.        |     |
|                                                               |             | SERILEAU.      |     |

**Agrégés en exercice**

MM.

|               |                |              |              |
|---------------|----------------|--------------|--------------|
| ABRAMI.       | DUVOIR.        | LANGLOIS.    | PHILIBERT.   |
| ALGLAVE.      | FIESSINGER.    | LARDENNOIS.  | RATHERY.     |
| BASSET.       | GARNIER.       | LEMERRE.     | RETERRE.     |
| BAUDOUIN.     | GOUGEROT.      | LEQUEUX.     | RIBIERRE.    |
| BLANCHETIERE. | GREGOIRE.      | LEREBoullet. | RICHAUD.     |
| BRANCA.       | GUILEMINOT.    | LERI.        | ROUS-SY.     |
| CAMUS.        | GUENIOT.       | Le LORIER.   | ROUVIERE.    |
| CHIRAY.       | GUILLAIN.      | LEVY-SGLAL.  | SCHWARTZ, A. |
| CHAMPY.       | HEITZ-BOYER.   | MATHIEU.     | TANON.       |
| CHEVASSU.     | JOYEUX.        | METZGER.     | TERRIEN.     |
| CLERC.        | LABBE HENRI.   | MOCQUOT.     | TIFFENEAU.   |
| DESMAREST.    | LAIGNEL-LAVAS- | MULON.       | VILLARET.    |
| DEBRE.        | TINE.          | ORINCZYC.    |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

---

A MA MÈRE

---

A MON ONCLE ET A MA TANTE

---

A MES AMIS

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

*En remerciement pour le grand  
honneur qu'il nous a fait en acceptant  
de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

1908-1909

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

1909-1910

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLIARD

1910-1911

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

1911-1912

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

1912

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

---

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

1918-1919

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. AUDRY

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS E. SOREL ET A. NANTA

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAILLEUL

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE BON-SECOURS

---

AUX DOCTEURS

LÉON EHRENPREIS, MAURICE GALOP, HENRI GALLIARD

RAYMOND BONNEFOUS

A MONSIEUR HENRY PATÉ

DÉPUTÉ DE LA SEINE

---

## INTRODUCTION

---

*Dans le tiers de la totalité des fractures du cubitus s'observe l'association d'une luxation de l'extrémité supérieure du radius; dans les fractures du tiers supérieur du cubitus, cette coexistence de luxation est pour ainsi dire la règle.*

*Aussi, est-ce cette variété que nous prendrons, en raison même de sa fréquence, comme type de notre étude. Cette complication, étudiée par de nombreux auteurs, est connue de longue date. Mais, ayant eu l'occasion récente d'en observer plusieurs cas, nous avons été séduit par la simplicité du traitement opératoire et par les excellents résultats obtenus, supérieurs aux à peu près fonctionnels réalisés à l'aide des diverses méthodes thérapeutiques non sanglantes.*

---

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

### Fractures récentes

#### Fracture cubitale

Le trait de fracture siège, avec une certaine élection à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Un type anatomique mérite une mention particulière : c'est celui dans lequel la fracture siège soit à la base de l'olécrane, sectionnant la petite cavité sigmoïde (obs. 1), soit immédiatement au-dessous de l'apophyse coronoïde.

Le trait est transversal parfois, le plus souvent oblique en bas et en avant.

Les fragments fracturés présentent un déplacement caractéristique, fonction de la violence du traumatisme et de l'action musculaire. Le fragment supérieur, fixé à l'humérus, attiré par le brachial antérieur, bascule en avant ; le fragment inférieur, solidaire du radius par l'intermédiaire du ligament interosseux, l'accompagne dans son ascension et par suite chevauche en avant le fragment supérieur, les deux fragments formant le plus souvent un angle obtus à sinus postérieur. Dans quelques cas, il existe une bascule en dehors des deux fragments vers l'espace interosseux. Parfois, le fragment supérieur est seul refoulé en dehors.

A signaler la particularité anatomique qui existe lorsque la fracture siège à la base de l'olécrane, le fragment cubital inférieur accompagnant le radius dans son déplacement en avant, il existe une véritable luxation totale de l'avant-bras en avant.

### **Luxation radiale**

La luxation de la tête radiale se fait le plus souvent soit directement en avant et en haut au devant du condyle externe, soit en dehors et en haut, et son ascension est d'autant plus accusée que le chevauchement des fragments cubitiaux est exagéré. La tête s'échappe par le point faible antérieur de la capsule, entre les faisceaux antérieurs et moyens du ligament latéral externe; le ligament annulaire restant tantôt intact, tantôt déchiré.

Les lambeaux capsulaires qui peuvent revêtir la tête radiale ou le condyle huméral sont justement la cause ultérieure de l'irréductibilité de la luxation.

### **Fractures anciennes**

Schématiquement, les fractures anciennes peuvent se réduire à deux types anatomiques :

1° La fracture est très haute, le trait passant en pleine cavité sigmoïde, la tête radiale est luxée en avant avec le fragment inférieur du cubitus.

2°) La fracture siège au tiers supérieur ou plus bas; la tête radiale est luxée seule, les fragments du cubitus étant seulement déviés en dehors, vers l'espace interosseux.

---

## ETIOLOGIE

---

Les causes directes ou indirectes s'observent à l'origine de ces fractures. Les violences directes sont les plus nombreuses, le choc atteignant le bord postéro-interne du cubitus.

Les fractures de cause indirecte sont plus rares; cependant les chutes sur la paume, le dos de la main ont été signalées.

### Mécanisme

La radiographie est venue confirmer la théorie acceptée par le plus grand nombre des auteurs : la fracture et la luxation sont contemporaines; et le plus habituellement fracture et luxation sont directes.

Le traumatisme fracture d'abord le cubitus, puis continuant son action, atteint le radius, lequel non fixé dans l'articulation du coude à l'humérus, est très facile à luxer, surtout quand l'avant-bras est en flexion à angle droit sur le bras.

La fracture du cubitus est donc le premier temps, précédant toujours la luxation du radius.

Le sens de la luxation du radius dépend de la direction du traumatisme.

## SYMPTOMATOLOGIE

---

Ce qui frappe, c'est le gonflement considérable de la moitié supérieure de l'avant-bras, surtout marqué au niveau des muscles épicondyliens, gonflement remontant souvent jusqu'au-dessus du coude.

### Que décèle l'Examen local ?

#### 1° La Fracture occupe le tiers supérieur de la diaphyse cubitale

La déformation, dans ces cas, est très nette, observée avant l'apparition du gonflement.

Le bord inférieur de l'avant-bras est concave en dedans, une voussure apparaît sur sa face antérieure.

La région épicondylienne est anormalement saillante.

Le diamètre antéro-postérieur de la partie supérieure de l'avant-bras est augmenté, le transverse est diminué.

Le doigt suivant la crête cubitale, aisément perceptible, constate son interruption en un point, où se révèlent une douleur précise, une mobilité anormale, une crépitation osseuse nette dans les mouvements de pro-supination de faible amplitude.

Il existe à la place normale de la tête radiale sous le condyle huméral, à la face postérieure du coude, une dépres-

sion, et la tête est perçue à la face antérieure du coude, au-dessus ou au niveau du pli du coude, sous forme d'une saillie anormale soulevant la masse des muscles épicondyliens, douloureuse à la pression, et à laquelle sont transmis les mouvements de pro-supination.

L'avant-bras présente un raccourcissement de 1 à 2 centimètres, avec obliquité normale de la ligne bistyloïdienne. La flexion est limitée par la butée de la tête radiale sur l'humérus. Cette limitation varie entre 50° et 80°. Dans la luxation de la tête en dehors, l'obstacle à la flexion n'existant pas, ce mouvement est presque normal. La pro-supination n'est limitée que par la douleur provoquée.

## **2° La Fracture siège à la base de l'olécrane ?**

L'avant-bras est subluxé en totalité. Sa partie supérieure présente une déformation caractéristique en coup de hache. En arrière, l'humérus et l'olécrane font une saillie au-dessus de laquelle existe une dépression. En avant, le pli du coude est effacé par la saillie du radius et du cubitus. A la palpation, on reconnaît parfaitement, en dehors la tête radiale, mobile dans la pro-supination, en dedans l'extrémité supérieure du cubitus.

---

## ÉVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

---

Il peut exister dans cette variété de fractures des complications, sous la dépendance même du traumatisme, survenant conséquemment d'une manière précoce. Diverses éventualités peuvent se présenter :

Soit la communication du foyer de fracture avec l'extérieur — ou des fractures associées des autres étages des os de l'avant-bras — ou une paralysie du nerf radial contus.

Mais, le plus habilement, le pronostic est favorable, quand luxation et fracture sont bien réduites, la consolidation s'obtenant en 20 à 25 jours, le fonctionnement du membre redevient normal.

Parfois, la persistance de la luxation radiale — qu'elle soit due à sa méconnaissance initiale, à l'impossibilité de sa réduction ou à sa reproduction pendant le traitement — aboutit à des consolidations vicieuses du cubitus, à des troubles fonctionnels importants. Parmi les premiers, nous insisterons spécialement sur les pseudarthroses du cubitus, s'accompagnant d'une déformation caractéristique et d'une extrême impotence fonctionnelle. Nous signalerons les hyperostoses de la tête radiale, chez les enfants, avec ostéophytes entraînant une ankylose du coude, et dans certains cas une déformation de l'avant-bras en valgus. Dans la plupart de ces accidents, les troubles fonctionnels sont très accusés, offrant de la gêne de la flexion, et pouvant aller de la limitation à la suppression de la pro-supination.

## DIAGNOSTIC — RADIOGRAPHIE

---

Ainsi, la luxation de la tête radiale est extrêmement importante : c'est tout. Il faut systématiquement la rechercher dans toute fracture du tiers supérieur du cubitus. Une saillie osseuse anormale à la partie antéro-externe du coude, mobile dans les mouvements de pro-supination, ne peut être que la tête radiale.

La luxation de la tête radiale peut être, à la rigueur, confondue avec une fracture du col ou de la tête du radius, mais le siège particulier de la douleur à 1 centimètre au-dessus du condyle externe, dans la fracture, la transmission des mouvements de pro-supination à l'extrémité du radius, saillante dans la luxation, sont les éléments qui permettent un diagnostic différentiel.

L'examen radiographique, toujours indispensable, éclaire ou confirme le diagnostic. Il faut obtenir deux clichés radiographiques, un de face, et un de profil, afin d'apprécier les déplacements. La luxation radiale et le déplacement angulaire du cubitus ne s'observent que sur le cliché de profil.

---

## **TRAITEMENT**

---

La tendance de la luxation à la récurrence, la difficulté du maintien de sa réduction, assombrissent le pronostic. Aussi ne doit-on pas s'attarder à l'application d'appareils divers. Il faut toujours recourir au traitement sanglant, qui seul permet la coaptation exacte de la fracture, suivie de la réduction de la luxation, conditions indispensables d'un retour fonctionnel complet. En effet, étant donné que le ligament interosseux solidarise les deux os, il est évident que la réduction parfaite de la fracture du cubitus, reconstituant l'attelle interne de l'avant-bras, favorisera le maintien de la tête radiale sous le condyle huméral.

### **Traitement sanglant — Technique**

#### **Fractures récentes**

Il est avéré que la reposition de la tête radiale devient beaucoup plus facile si l'attelle cubitale est reconstituée. Aussi l'intervention sanglante dans les fractures anciennes doit-elle comporter les temps suivants :

*Premier temps.* — Réduction et ostéosynthèse de la fracture cubitale.

Le blessé étant dans le décubitus latéral ou ventral, l'avant-bras s'offrant ainsi par sa face postérieure, on pra-

tique une longue incision postérieure, directement sur la crête du cubitus, superficielle, aisément perceptible au doigt, remontant jusqu'au dessus du bec de l'olécrane. A la rugine, on dénude les deux fragments cubitiaux. Après évacuation de l'épanchement sanguin voisin, on fait la toilette des extrémités fracturées. Une constatation précise étant faite, on pratique la fixation à l'aide d'une petite plaque de Lambotte, placée sur la face interne et maintenue à l'aide de deux ou trois vis dans chaque fragment.

Le plus souvent lors du redressement du fragment inférieur, basculé en dehors, la tête radiale, sur laquelle on peut avoir accès par la même incision, est entraînée avec lui. Elle se remet en place, si ce résultat n'a pas été atteint spontanément.

*Deuxième temps.* — Arthrotomie avec reposition de la tête radiale. L'articulation radio-humérale est abordée par une incision postéro-externe passant en arrière des muscles radiaux. Les lambeaux fibreux, qui créent un obstacle sont enlevés. On procède, après reposition de la tête radiale, à la reconstitution soigneuse de la capsule.

### **Fractures anciennes**

Le blessé étant dans le décubitus latéral ou ventral, l'avant-bras offrant sa face postérieure, on pratique une longue incision, légèrement en baïonnette, commençant en haut, au-dessus de la gouttière épitrochléo-olécrannienne, descendant sur celle-ci. Puis elle s'incline en dehors, gagne et suit la crête postérieure du cubitus. Après

incision des plans superficiels, on recherche le nerf cubital que l'on isole et récline.

*On s'occupe du cubitus.* — Deux cas peuvent se présenter :

a) Il existe une *consolidation vicieuse du cubitus*, nécessitant une ostéotomie.

b) Il y a une *pseudarthrose du cubitus*.

Dès lors les deux fragments cubitiaux sont largement dénudés sur leur périphérie. Les extrémités sont avivées ou réséquées suivant les cas, avec forage des canaux médullaires. Cela permet la coaptation précise, après le redressement et la mise en rectitude des fragments. La fixation est assurée par la mise en place sur la face interne, d'une plaque de Lambotte.

*On s'occupe du radius.* — Dans les manœuvres de redressement du fragment inférieur cubital basculé en dehors, et uni à la tête radiale, il arrive ordinairement que celle-ci est entraînée avec lui, mais si cette éventualité ne se produit pas, la tête radiale est aisément atteinte par l'incision pratiquée. Elle est déjà rapprochée de sa situation normale par les tractions pratiquées sur le cubitus et la réaxation de cet os. La mise en place est facile.

#### Conduite à tenir vis-à-vis de la tête radiale

Trois éventualités sont à considérer. — a) *le radius est de même longueur que le cubitus.* — Dans ce cas, on laisse intacte la tête radiale. Après reposition, on la main-

tient à l'aide de la capsule reconstituée et des tissus périphériques suturés.

b) *Le radius est plus plus long que le cubitus* — (soit que celui-ci soit le siège d'une autre fracture ou d'une pseudarthrose). — L'adaptation des fragments cubitaux, en effet, après avivement a imposé un raccourcissement de l'os. Dans ce cas, une diminution de longueur correspondante du radius est nécessaire. On pratiquera :

pour *l'adulte* — Il faut réséquer la tête radiale.

pour *l'enfant* — C'est la résertion du condyle huméral qui s'impose, étant donnée la nécessité de respecter la croissance du radius. On obtient ainsi la place suffisante à la réintégration du radius.

---

## SUITES OPÉRATOIRES

---

Dans tous ces cas étudiés, les sutures superficielles pratiquées, un pansement aseptique légèrement compressif étant mis en place, l'avant-bras est immobilisé en flexion à angle de  $60^{\circ}$ , dans une demie-gouttière plâtrée postérieure.

Au 8<sup>e</sup> jour, on tente une mobilisation légère avec remise en appareil, entre les séances.

Au 12<sup>e</sup> jour et les jours suivants, les mouvements de flexion et extension, et principalement de pro-supination sont activement poursuivis.

L'état fonctionnel doit être satisfaisant au bout d'un mois, et complet à la fin du deuxième mois.

---

## OBSERVATIONS

---

OBS. I. (dûe au D<sup>r</sup> Bailleul, chirurgien de l'hôpital de Bon-Secours. — Mlle L, 20 ans, fracture (sous-olécraniènne, vicieusement consolidée) du coude gauche, avec luxation en dehors de la tête radiale. Ostéosynthèse du cubitus, réduction de la luxation radiale. — Excellents résultats.

a) *commémoratifs*. — Le 7 avril 1919, Mlle L... fait une chute de bicyclette, tombe sur le coude gauche. L'impotence fonctionnelle est immédiate. Le médecin consulté diagnostique une luxation du coude. Il tente, sous anesthésie la réduction, puis immobilise le membre dans une écharpe pendant un mois. Mais l'état fonctionnel mauvais décide l'examen radiographique le 3 août. On constate alors une fracture du cubitus, avec luxation de la tête radiale, non réduite.

b) *examen à l'entrée*. — La blessée présente une déformation en coup de hache, caractéristique, de la région du coude gauche, l'avant-bras semblant subluxé en totalité en avant. On sent en arrière une dépression formée par la saillie de l'humérus et de l'olécrane. En avant le pli du coude est effacé par la saillie du radius et du cubitus. A la palpation, on reconnaît facilement en dehors la tête radiale, mobile dans la pro-supination, en dedans l'extrémité supérieure du cubitus. Mobilité anormale de la région du coude.

L'état fonctionnel est mauvais. Les mouvements actifs sont très limités. La flexion et l'extension, douloureuses, ne sont que partielles. La pro-supination est très gênée.

*Examen radiographique.* — On constate une fracture du cubitus à la base de l'olécrane, le fragment cubital inférieur, accompagnant le radius dans son déplacement en avant.

*Intervention.* (Dr Bailleul). — Anesthésie chloroformique, Bande d'Esmarch.

Incision en baïonnette sur la face postérieure du coude, et descendant sur l'avant-bras, le long de la crête cubitale.

Découverte du nerf cubital, que l'on récline. Isolement du fragment supérieur du cubitus et de sa surface fragmentée. Le fragment inférieur est isolé des muscles postérieurs de l'avant-bras. Saisi dans un davier de Lambotte il est attiré en arrière, après que la rugine a dégagé aussi loin que possible en avant sa surface de fracture. La traction ramène brusquement ce fragment au contact du fragment supérieur, le radius le suit et se place spontanément en réduction complète. Le fragment supérieur du cubitus a conservé sa mobilité sur la trochlée humérale et on peut lui imprimer des mouvements d'extension et de flexion. La tête radiale roule dans la petite cavité sigmoïde. Après résection au ciseau du tissu fibreux interposé entre les fragments, ceux-ci sont coaptés et trois cables métalliques fixent, en éventail, le fragment olécranien au fragment inférieur du cubitus. Leur passage à travers les extrémités osseuses s'est fait sans difficultés à l'aide du perforateur à main. Leur serrage fixe la réduction et les mouvements s'accomplissent dès lors dans l'huméro-cubitale, dans la radio-cubitale par l'intermédiaire du fragment inférieur du cubitus et par le radius.

Reconstitution aux catguts d'un plan musculaire qui réunit les muscles ainsi que leurs aponévroses par-dessus la crête cubitale. Crins de drainage. Appareil plâtré, maintenant la flexion de l'avant-bras sur le bras.

*Suites opératoires.* — Appareil plâtré pendant un mois. Séances de mobilisation à partir du 10<sup>e</sup> jour. Mobilisation active à partir du 1<sup>er</sup> mois. Retour fonctionnel progressif, complet en juillet 1920.

Actuellement, l'état du membre est des plus satisfaisants. La flexion est totale, l'extension atteint 160°. La pro-supination est normale.

OBS. II. (dûe au Dr Bailleul). — M..., 14 ans, fracture vicieusement consolidée du coude droit, avec luxation de la tête radiale.

*Commémoratifs.* — Le 28 octobre 1920, chute sur le bras droit. Après examen immédiat, on applique un appareil plâtré. Mais, au bout d'un mois, à l'ablation du plâtre, et après quelques séances de massage, l'état fonctionnel est des plus mauvais.

L'enfant est amené au Dr Bailleul, à l'hôpital de Bon-Secours.

*Examen à l'entrée.* — On constate une fracture du cubitus au 1/3 inférieur, vicieusement consolidée, accompagnée d'une luxation de la tête radiale en avant.

L'état fonctionnel est mauvais. La flexion et l'extension sont gênées. La pro et supination sont presque impossibles.

*Examen radiographique.* — Fracture vicieusement consolidée avec angulation des fragments du cubitus au tiers inférieur. Luxation de la tête radiale en haut, en avant, en dehors.

*Intervention.* — Le 17 février 1921. Ostéosynthèse du cubitus. On aborde le radius par voie postérieure, en arrière des radiaux. Section d'une bride musculo-aponévrotique, dépendant du court supinateur, et fixant la tête en mauvaise position. Réduction difficile, car le radius est trop long, résection du condyle huméral. Mise en place de la tête par anneau musculaire fixé au-devant. Sutures.

*Suites opératoires.* — Cicatrisations par 1<sup>re</sup> intention. Appareil plâtré. Essais de mobilisation au 8<sup>e</sup> jour. Mobilisation active à la fin du premier mois. Actuellement, retour fonctionnel presque complet.

OBS. III (dûe au D<sup>r</sup> Bailleul). — E..., 37 ans. *Pseudarthrose du cubitus gauche au tiers supérieur, avec luxation de la tête radiale en dehors. Ostéosynthèse du cubitus, résection de la tête radiale. Guérison.*

*Commémoratifs.* — En mai 1918, E... est blessé par balle au niveau de la face postérieure de l'avant-bras gauche. Fracture compliquée du cubitus. Esquillectomie. Longue suppuration.

*Examen à l'entrée.* — Le blessé présente au niveau de la face postérieure du 1/3 supérieur de l'avant-bras gauche une cicatrice, et une déformation du 1/3 supérieur de l'avant-bras, le bord postéro-interne est concave. Il y a élargissement du diamètre antéro-postérieur. Une voussure antérieure soulève le pli du coude.

L'examen local, montre une pseudarthrose du cubitus à l'union du tiers supérieur et moyen (mobilité anormale, indolence). Il existe à la place de la tête radiale, une dépression sous-condylienne et celle-ci est perçue, sous forme d'une saillie arrondie roulant sous le doigt, au cours des tentatives de pro-supination, au niveau du pli du coude, en avant et légèrement en dehors.

L'état fonctionnel du membre est assez satisfaisant. L'extension est normale. La flexion est légèrement diminuée par la butée de la tête radiale. Les mouvements de pro-supination sont gênés.

*Examen radiographique.* — On constate une pseudarthrose du cubitus à l'union du 1/3 supérieur et moyen avec bascule en dehors des fragments cubitiaux, extrêmement prononcée, vers l'espace interosseux, surtout marqué pour l'inférieur. Les extrémités des fragments sont irrégulières, opaques, sièges de lésions d'ostéite condensante. La tête radial luxée en avant, en dehors, se profile sur le même plan que l'épicondyle.

*Intervention.* (Dr Bailleul). — Opéré le 8 mars 1921. Incision en baïonnette postéro-interne (coude et 1/3 supérieur de l'avant-bras). Disjonction de la pseudarthrose. Redressement du fragment cubital inférieur fortement fixé. Réduction complète de la luxation radiale. Toilette des extrémités cubitales, ouverture des canaux médullaires, mise bout à bout.

Ostéosynthèse par plaques de Lambotte (2 pour le fragment supérieur, 3 pour l'inférieur). Le radius est trop long, résection de la tête au niveau du col dénudé. Sutures. Plâtre en flexion.

*Suites opératoires.* — Gouttière plâtrée postérieure. La cicatrisation se fait par première intention. Au 8<sup>e</sup> jour, essais de mobilisation, avec remise en plâtre entre les séances. A la fin du 1<sup>er</sup> mois, l'état fonctionnel est des plus satisfaisants. La flexion, l'extension sont complètes. La pro-supination est presque normale.

---

## CONCLUSIONS

---

1°) La luxation de la tête du radius est fréquente dans les fractures du cubitus. De règle, dans les fractures du tiers supérieur de cet os;

2°) Il ne faut pas s'attarder au traitement par appareils. Si la réduction de la luxation de la tête du radius est facile, son maintien est difficile, et l'état fonctionnel obtenu est mauvais;

3°) Il faut toujours recourir au traitement sanglant :

a) réduction, en premier lieu, de la fracture du cubitus; la maintenir.

b) ce résultat obtenu, le radius suivant le fragment intérieur du cubitus, la réduction de sa luxation est des plus simples. Si sa longueur est trop grande par rapport au cubitus, résection de la tête radiale, ou du condyle huméral chez l'enfant.

---

Vu :  
*Le Doyen,*  
H. ROGER.

Vu :  
*Le Président,*  
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*  
APPELL.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abadie** — *Presse Médicale*, 1913.
- Abadie et Gagnieu.**
- Albertin et Tavernier.** — *Lyon Médical*, 1904-1908.
- Annequin.** — *Lyon Médical*, 1908.
- Bosquette.** — Thèse Lyon, 1908.
- Broca.** — Chirurgie infantile (Masson, Paris, 1902).
- Capron.** — Thèse de Lille. 1908.
- Chevassu.** — *Bulletin Société Chirurgie*, Paris, 1897.
- Dehelly.** — *Bulletin Société Chirurgie*, Paris, 1902.
- Delafouchardière.** — Thèse Paris, 1902.
- Delorme.** — *Bulletin Société Chirurgie*, Paris 1902.
- Durand.** — *Soc. Chir.*, Lyon 1908.
- Duffons.** — Thèse Montpellier, 1910.
- Durin.** — Thèse Lyon, 1907.
- Frijause.** — Thèse Paris, 1897.
- Galop.** — Thèse Paris, 1920 (Arnette Editeur).
- Graille.** — Thèse Montpellier, 1900.
- Hennequin et Lœwy.** — Fractures des os longs (Masson, Paris, 1904).
- Herbet.** — *Revue Orthopédie*, 1898.
- Hermant.** — *Journal Société Belge Chir.*, 1906.
- Hugues.** — Thèse Montpellier, 1900.
- Judet.** — *Paris-Chirur.*, 1912.
- Kirmisson.** — Difformités acquises de l'appareil locomoteur.  
La clinique, 1908. *Presse médicale*, 1912-1913.
- Lambotte.** — *Société Belge Chirur.*, 1908.
- Masmonteil.** — Thèse Paris, 1919.
- Perrin.** — Thèse Paris, 1909.
- Tanton.** — Fractures. *Traité Chirurgie de Le Dentu-Delbet.*
- Soubeyran.** — Appareils indispensables dans la pratique (Doin, 1921).





